

A ADMISSAO DO FUNCIONÁRIO SÓ SERÁ EFETIVADA COM A PRESENTE FICHA PREENCHIDA, ACOMPANHADA DOS DOCUMENTOS

Novo Registro

Atualização Cadastral (preencher campos alterados).

DOCUMENTOS QUE DEVEM SER APRESENTADOS (APENAS CÓPIA SIMPLES)

Atestado de Saúde Ocupacional	01 Cópia da Carteira de Identidade (RG)
Carteira de Trabalho	01 Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF)
01 Cópia da Certidão de Nascimento - Filhos (se houver)	01 Cópia do Título de Eleitor
01 Cópia da Carteira de Vacinas - Filhos (se houver)	01 Cópia do Comprovante de Residência
01 Cópia da Carteira de Motorista (se houver)	01 Cópia da Certidão de Casamento (se casado)
01 Cópia da Carteira do Conselho Regional (se houver)	01 Foto 3x4 recente

DADOS DA EMPRESA

EMPRESA	CNPJ
----------------	-------------

DADOS DO FUNCIONÁRIO

NOME COMPLETO		POSSUI DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____	
CPF	DATA DE NASC.	ESTADO CIVIL / REGIME (SE CASADO)	
Nº PIS		GRAU DE INSTRUÇÃO / ESCOLARIDADE	
END. RESID.		NACIONALIDADE	NUMERO CART. TRAB
NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	SERIE CART. TRAB / UF CART. TRAB / DATA EXPED. CART. TRAB
CIDADE / ESTADO		CEP	Nº RG / ORG. EMISSOR / UF RG
TELEFONE RESID.(DDD)		TELEFONE CEL. (DDD) / DATA EMISSÃO RG	
E-MAIL (SE POSSUIR)		Nº TITULO ELEITOR	ZONA TITULO ELEITOR / SEÇÃO
NATURALIDADE / UF		Nº CNH (SE POSSUIR)	CATEGORIA CNH
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	RAÇA / COR	DATA EXPED. CNH	ORGÃO EMISSOR / UF CNH

DADOS DA ADMISSÃO

DATA ADMISSÃO	HORÁRIO DE TRABALHO	DADOS CONTRATO
RECEBE APOSENTADORIA? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	SEG - SEX: das _____ às _____ e das _____ às _____	VALOR DO SALÁRIO (R\$)
EXPERIÊNCIA <input type="checkbox"/> 45 + 45 <input type="checkbox"/> SEM EXP. <input type="checkbox"/> 30 + 60 <input type="checkbox"/> OUTRO _____	SABADO: das _____ às _____ e das _____ às _____	PERCENTUAL DE INSALUBRIDADE
DADOS BANCÁRIOS	DOMINGO: das _____ às _____ e das _____ às _____	PERCENTUAL DE PERICULOSIDADE
Banco: _____	POSSUI FOLGA SEMANAL? QUAL DIA DA SEMANA?	CARGO
Agência: _____	POSSUI CARGA HORARIA DIFERENCIADA ALGUM DIA? QUAL?	NOME DO PAI
Nº Conta: _____	DIA: _____	NOME DA MÃE
VALE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim R\$ _____	das _____ às _____ e das _____ às _____	Possui Dependente? () Não () Sim Qnt _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DEPENDENTE 1:		DEPENDENTE 2:		PENSÃO ALIMENTICIA () Não () Sim
NOME COMPLETO	DATA DE NASC.	NOME COMPLETO	DATA DE NASC.	
CPF	GRAU PARENTESCO	CPF	GRAU PARENTESCO	MULTIPLoS VINCULOS () Não () Sim

AUTORIZAÇÃO / DECLARAÇÃO

Autorizo efetuar o registro deste empregado	Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras
DATA: ____ / ____ / ____	DATA: ____ / ____ / ____
Assinatura do Empregador	Assinatura do Empregado

Clínica afiliada para exames médicos: CORAL - Rua Lages, nº 26, bairro Centro - Joinville/SC - FONES (47) 3433-2860 / 3037-2860 / 3029-2860